

QUESTIONARIO COVID-19

Modello Coordinamento degli Enti – Giunta Regionale – Regione Marche

COGNOME _____

NOME _____

Nato a _____

il _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? ☐ SI ☐ NO

Se la risposta è SI, è guarito (tampone negativo) ? ☐ SI ☐ NO

E' in quarantena? ☐ SI ☐ NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ☐ SI ☐ NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? ☐ SI ☐ NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ ha attualmente uno di questi sintomi ?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • FEBBRE / FEBBRICOLA | ☐ SI | ☐ NO |
| • TOSSE E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIE | ☐ SI | ☐ NO |
| • MALESSERE, ASTENIA | ☐ SI | ☐ NO |
| • CEFALEA | ☐ SI | ☐ NO |
| • CONGIUNTIVITE | ☐ SI | ☐ NO |
| • SANGUE DAL NASO / BOCCA | ☐ SI | ☐ NO |
| • VOMITO E/O DIARREA | ☐ SI | ☐ NO |
| • INAPPETENZA / ANORESSIA | ☐ SI | ☐ NO |
| • CONFUSIONE / VERTIGINI | ☐ SI | ☐ NO |
| • PERDITA / ALTERAZIONE DELL'OLFATTO | ☐ SI | ☐ NO |
| • PERDITA DI PESO | ☐ SI | ☐ NO |
| • DISTURBI DELL'OLFATTO E/O DEL GUSTO | ☐ SI | ☐ NO |

SERVIZIO/UFFICIO A CUI SI ACCEDE :

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| ☐ Consultorio familiare | ☐ Sanità animale | ☐ SISP |
| ☐ Medicina legale | ☐ Screening | ☐ UMEA |
| ☐ PSAL | ☐ SIAN | ☐ UMEE |
| ☐ Promozione della salute | ☐ SIAOA | |

Data _____ Ora _____

FIRMA DEL PAZIENTE/UTENTE

Riservato al personale: temperatura corporea rilevata all'ingresso : _____ °C